IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Zdrowia

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO (NR 6)**

z dnia 30 września 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 6)

30 września 2021 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Pawła Rychlika (PiS)**, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– Informacja Ministra Zdrowia na temat wpływu pandemii koronawirusa na psychiatrię, w tym realizację reformy psychiatrii, dostęp do świadczeń medycznych, leczenia i terapii pozafarmakologicznych oraz kondycję psychiczną obywateli.

– Informacja Ministra Zdrowia na temat doświadczeń z realizacji świadczeń w ramach teleporad w psychiatrii – jakie korzyści, jakie ryzyka.

– Informacja na temat wpływu zmiany trybu pracy w związku z epidemią na kondycję psychiczną pracowników.

W posiedzeniu udział wzięli: **Małgorzata Janas-Kozik** pełnomocnik ministra zdrowia do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, **Konrad Miłoszewski** dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, **Dorota Olczyk** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia ze współpracownikiem, **Anna Parnowska** kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Grzegorz Wieczorek** główny specjalista kontroli państwowej w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Damian Marciniak** dyrektor Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta ze współpracownikiem, **Piotr Gałecki** konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, **Janusz Heitzman** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, **Renata Mizerska** prezes Związku Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii, **Katarzyna Szczerbowska** członek Rady Fundacji eFkropka, **Anna Śremska** dyrektor Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi oraz Wioletta Witkowska prawnik w zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy **Kancelarii** Sejmu: **Jakub Stefański** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego. Na ten moment możemy stwierdzić kworum. Dlatego też przechodzimy do pracy. Witam wszystkich członków podkomisji i zaproszonych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje: pkt 1 – Informacja Ministra Zdrowia na temat wpływu pandemii koronawirusa na psychiatrię, w tym realizację reformy psychiatrii, dostęp do świadczeń medycznych, leczenia i terapii pozafarmakologicznych oraz kondycję psychiczną obywateli; pkt 2 – Informacja Ministra Zdrowia na temat doświadczeń z realizacji świadczeń w ramach teleporad w psychiatrii – jakie korzyści, jakie ryzyka; pkt 3 – Informacja na temat wpływu zmiany trybu pracy w związku z epidemią na kondycję psychiczną pracowników. Te trzy punkty przedstawiają przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz minister rodziny i polityki społecznej.

Czy są uwagi do proponowanego porządku dziennego? Jeśli nie, to porządek dzienny uważam za przyjęty.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że wszystkie materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach oraz zostały wysłane do posłów na maile. Proponuję, szanowni państwo, aby te trzy punkty zostały po kolei zreferowane, a następnie przeprowadzilibyśmy łączną dyskusję nad tymi punktami porządku dziennego.

W związku z tym chciałbym zapytać panie i panów posłów, czy ktoś wnosi uwagi odnośnie do tej propozycji, aby te trzy punkty rozpatrzyć łącznie. Nie widzę zgłoszeń. Wobec braku sprzeciwu przechodzimy do rozpatrzenia.

Chciałbym, szanowni państwo, powitać wszystkich obecnych zaproszonych gości. Niestety, w posiedzeniu nie mogli uczestniczyć pan minister Kraska i pan minister Szwed, ale są przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i przedstawiciele Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Serdecznie witam państwa, jak i wszystkich pozostałych gości.

Proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej o przedstawienie w kolejności informacji. Z ramienia Ministerstwa Zdrowia zostało wystosowane upoważnienie dla pani Doroty Olczyk, zastępcy dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego. Dlatego też proszę panią dyrektor o przedstawienie informacji do pkt 1 i 2. Z kolei przedstawiciela Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, pan Konrada Miłoszewskiego, dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Społecznych, proszę o przedstawienie informacji do pkt 3. Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dorota Olczyk:

Szanowny panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, mimo iż w chwili obecnej nie ma jeszcze szczegółowych ogólnopolskich badań na temat wpływu pandemii na zdrowie psychiczne obywateli, to dostępne informacje na temat wpływu epidemii wirusa SARS-CoV-2 na zdrowie psychiczne potwierdzają występowanie dwóch zjawisk. Pierwsze jest wynikiem reakcji na sytuację epidemiczną i dotyczy wzrostu występowania w populacji zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne oraz nadużywanie lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych, szczególnie od alkoholu.

Drugie niekorzystne zjawisko jest związane z przechorowaniem choroby COVID-19. U osób po przechorowaniu COVID-19 zaobserwować można zwiększoną zachorowalność na zaburzenia świadomości, przyspieszenie rozwoju chorób otępiennych oraz zwiększoną liczbę pojawiania się zespołów objawów neurologicznych w postaci tak zwanej mgły mózgowej. W przekazanym materialne zostały państwu przedstawione przykładowe publikacje podejmujące problem dotyczący konsekwencji epidemii SARS-CoV-2 dla zdrowia psychicznego.

W przedmiocie dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej należy wskazać, że priorytetowym działaniem Ministerstwa Zdrowia w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego jak również wprowadzonych ograniczeń było umożliwienie pacjentom korzystania ze świadczeń gwarantowanych. W celu zagwarantowania pacjentom możliwości bezpiecznego korzystania z porad udzielanych przez psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów, umożliwiono pacjentom korzystanie ze świadczeń ambulatoryjnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w ramach teleporad.

Odnosząc się do tematu korzystania ze świadczeń zdrowotnych należy podkreślić, że w 2020 r. z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało 2 851 566 osób, czyli o 9%, to jest około 300 tys. mniej niż w roku 2019, w którym leczyło się 3 146 796 osób. Ponadto, jak wynika z danych statystycznych, w roku 2020, wobec roku 2019, o około 30% mniejszy odsetek pacjentów skorzystał ze świadczeń realizowanych w trybie stacjonarnym i o około 20% w trybie dziennym. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w roku 2020 ponad połowę świadczeń zrealizowano z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, zaś w roku 2021 około 40%.

W zakresie wpływu pandemii na reformę systemu ochrony zdrowia psychicznego uprzejmie informuję, iż doświadczenia z funkcjonowania placówek udzielających świad-

czeń w ramach pilotażu centrów zdrowia psychicznego dla dorosłych wskazują, iż w sytuacjach nadzwyczajnych okoliczności związanych z epidemią, pilotażowe centra zdrowia psychicznego charakteryzuje łatwość szybkiego dostosowania sposobu reagowania na zmieniające się lub nowe potrzeby oraz nowe okoliczności. Zdolność adaptacji do zmieniającej się sytuacji kryzysowej możliwości funkcjonowania CZP stały się osiągalne dzięki nieskrępowaniu sztywnymi harmonogramami i warunkami udzielania świadczeń występujących w ramach tradycyjnych rozwiązań systemowych.

Pierwsze ośrodki pierwszego poziomu referencyjnego nowego systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży rozpoczęły swoją działalność z początkiem kwietnia 2020 r. Obecnie na terenie całego kraju podpisano umowy dotyczące działalności 317 takich ośrodków. Czas pandemii znacznie ograniczył możliwości dotarcia do potencjalnych pacjentów i ich rodzin, jednak czas ten został wykorzystany jako czas sprawdzenia, w jaki sposób funkcjonują nowopowstałe ośrodki. Dla świadczeniodawców organizowane były webinaria, których celem było wyjaśnienie pojawiających się pytań i zebranie informacji o działalności placówek.

Odnosząc się do świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach teleporad należy podkreślić, że w wprowadzenie teleporad w psychiatrii w okresie epidemii wirusa SARS-CoV-2 było decyzją oczekiwaną i pożądaną zarówno przez środowisko medyczne, jak i pacjentów. Niemniej jednak należy również zaznaczyć, iż realizacja świadczeń opieki psychiatrycznej w formie teleporad jest kwestią budzącą kontrowersje w samym środowisku psychiatrów, psychoterapeutów oraz samych pacjentów.

Realizacja tego rodzaju opieki ma wiele korzyści, takich jak zapewnienie dostępu do pomocy w sytuacji, kiedy ze względu na sytuację epidemiczną czy na przykład przebywanie na kwarantannie, nie jest to możliwe. Realizacja świadczeń w tej formie umożliwia łatwiejszy dostęp do świadczenia osobom mieszkającym daleko od poradni zdrowia psychicznego. Jednocześnie wiele osób wskazuje, że taka forma udzielania świadczeń im nie odpowiada ze względu na brak pełnego fizycznego kontaktu, trudność w zapewnieniu intymności. Wydaje się, że do kwestii korzyści i ryzyk wynikających z teleporad należy podchodzić ze szczególnym uwzględnieniem zarówno bieżącej sytuacji epidemicznej, jak i indywidualnej sytuacji pacjentów.

Chcielibyśmy też odnieść się do pkt 3, bardzo krótko. Odpowiadając na kwestię wpływu zmiany trybu pracy w związku z epidemią na kondycję psychiczną pracowników pragnę podkreślić, iż Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło analiz i badań dotyczących zmian trybu pracy w czasie pandemii i jej wpływu na kondycję psychiczną pracowników. Niemniej jednak przedstawiliśmy w materiale raport „Zdrowie psychiczne w środowisku pracy”, opracowany przez Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej. Z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia warto podkreślić, że ograniczenie relacji społecznych, kontaktów interpersonalnych, jest obiektywnym stresorem dla człowieka i dlatego może być związane z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, szczególnie zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi oraz nadużywaniem lub uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, szczególnie od alkoholu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, teraz przedstawiciel Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.

Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Konrad Miłoszewski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Konrad Miłoszewski, dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej.

Szanowny panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, z upoważnienia pana ministra Stanisława Szweda chciałbym państwu pokrótce przedstawić informację na temat wpływu zmiany trybu pracy w związku z epidemią na kondycję psychiczną pracowników. Jak już było powiedziane, w marcu ubiegłego roku ogłoszono w Polsce stan zagrożenia epidemicznego, a później stan epidemii w związku z pandemią COVID-19.

Oprócz różnych rozwiązań związanych z oceną stanu sytuacji epidemicznej, wprowadzono także te dotyczące rynku pracy, które wiązały się między innymi z umożliwieniem

wykonywania pracy poza miejscem jej stałego wykonywania, czyli pracy zdalnej. Pod koniec marca 2021 udział osób, które pracowały zdalnie w związku z sytuacją epidemiczną, w ogólnej liczbie pracujących objętych badaniem Głównego Urzędu Statystycznego o nazwie „Popyt na miarę" wyniósł 14,2% i było to o 3,2 punktu procentowego więcej niż w końcu marca ubiegłego roku. W I kwartale skala wykorzystania pracy zdalnej w sektorze prywatnym była mniejsza niż w sektorze publicznym.

W skali całej gospodarki wykorzystanie pracy zdalnej w celu ograniczenia zagrożenia epidemicznego pozostało największe w jednostkach zatrudniających powyżej 49 osób. Udział pracujących zdalnie w jednostkach tej wielkości wyniósł 16,6% i było to o 6,5 p.p. więcej niż w I kwartale ub.r. W jednostkach zatrudniających do 9 osób pracę świadczyło 7,1% pracujących, natomiast w jednostkach od 10 do 49 osób 13,6%.

Według badania, które przeprowadzone zostało przez Europejską Fundację na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy Eurofound w lipcu 2020 r., w czasie pandemii COVID-19 co najmniej 48% europejskich pracowników, z ponad 24 tys. uczestniczących w badaniu, pracowało w domu przynajmniej przez pewien czas, a 34% wyłącznie w domu.

W Polsce, według badania Głównego Urzędu Statystycznego, które zostało już wspomniane – w końcu września 2020 r. to badanie zostało przeprowadzone – udział osób, które pracowały zdalnie w związku z sytuacją epidemiczną, w ogólnej liczbie pracujących objętych tym badaniem wyniósł 5,8%. To jest jakby oczywiste stwierdzenie, bowiem obserwujemy, że praca zdalna pozostanie powszechną praktyką również po pandemii. Dowodem mogą być chociażby ostatnie prace legislacyjne związane z reformą Kodeksu pracy. Badania Eurofound z kolei wskazują, że po pandemii wykonywanie pracy w tej formie preferuje 78% osób pracujących, a 13% chciałoby wykonywać taką pracę codziennie. Również wyniki badań prowadzonych na gruncie krajowym przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy wykazały, że pracownicy preferują formę hybrydową pracy, czyli częściowo zdalną, a częściowo w siedzibie pracodawcy.

I kwestia wyzwań, jakie niesie za sobą wykorzystywanie tej pracy zdalnej, zwłaszcza ukierunkowanych na poprawę jakości pracy i życia oraz wydłużenia okresu aktywności zawodowej. Nie zostało dotychczas jednoznacznie wyjaśnione, w jaki sposób wykonywanie pracy zdalnej wpływa na jakość pracy i życia, których ważnych elementem jest dobrostan osób pracujących, a także na ich zdolność do pracy. Według Eurofound, doświadczenia z pracy w domu podczas COVID-19 wydają się być pozytywne dla wielu pracowników. Niepokojące jest jednak, że wyznaczone na podstawie tego badania wskaźniki charakteryzujące jakość pracy w grupie osób pracujących wyłącznie w domu są gorsze niż w grupie osób pracujących w siedzibie pracodawcy.

No i jeżeli chodzi o negatywne aspekty związane ze źródłem stresu osób, które wykonują swoją pracę w domu, warto tutaj podkreślić, że do nich można zaliczyć między innymi trudność w zachowaniu równowagi między pracą a życiem prywatnym. Badania prowadzone w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy dowiodły, że zarówno w ramach takiego konfliktu praca – życie prywatne, ujawnił się negatywny wpływ pracy na życie, jak i w ramach innego konfliktu życie – praca, zakłócający wpływ życia, głównie mamy na myśli życie rodzinne – na efektywne wykonywanie swojej pracy.

Do kolejnych elementów, które generują stres pracownika świadczącego pracę zdalną, jest brak odpowiedniego wyposażenia stanowiska pracy. Chodzi tutaj właśnie o kwestie techniczne w postaci komputera, oprogramowania, łącza internetowego. No i tutaj też kłania się niewłaściwa organizacja pracy zdalnej przez przełożonych. Chociażby kwestia związana z brakiem koordynacji działań, niewystarczającą komunikacją, nadmierną kontrolą.

Kolejnym takim generatorem stresu jest to, że praca zdalna jawi się pewnej części pracowników także jako generator złego wpływu na kondycję fizyczną i ogólny stan zdrowia, bowiem chodzi tutaj głównie o trudności w skupieniu się nad pracą, brak stałych godzin i wydłużony czas pracy, brak wsparcia od współpracowników i przełożonych, problemy informatyczne, wspomniane już. Czyli, tak naprawdę, to nie tylko zdrowie fizyczne, ale też kondycja psychiczna jest jakby beneficjentem – że tak się wyrażę – pracy zdalnej, która łączy się z izolacją domową.

W ramach tego wpływu na kondycję psychiczną warto wspomnieć o takich elementach, jak rozdrażnienie, ogólne uczucie zmęczenia, a w skrajnych przypadkach również objawach depresji. Badania prowadzone przez Centralny Instytut Ochrony Pracy ujawniły, że poziom depresji mierzony wśród pracujących Polaków wzrósł istotnie w porównaniu z poziomem obserwowanym przed wybuchem pandemii. I tak jak moja przedmówczyni wspomniała, to też wpływa na to, że wzrosła konsumpcja używek, zarówno tytoniu, jak i alkoholu.

Dodatkowo warto wspomnieć, że z badań wynika, iż 42% Polaków uważa, że praca zdalna przyczynia się do zacierania granicy między życiem zawodowym a prywatnym i na ten fakt mają wpływ przełożeni, którzy regularnie kontaktują się z podwładnymi po godzinach pracy. Choć w stosunku do wyników z maja, z ubiegłego roku widać pewną poprawę, to jednak 65% polskich pracodawców nadal to robi, przy czym 27% robi to regularnie, dwóch na trzech polskich pracodawców traktuje bowiem pracę zdalną jako elastyczną formę zatrudnienia. Czyli jest to dla nich jakby uzasadnienie kontaktu z pracownikiem i zlecanie mu zadań poza wyznaczonymi godzinami pracy.

Co jeszcze warto wspomnieć? Otóż, praca zdalna wiąże się z brakiem fizycznego kontaktu ze współpracownikami, co z kolei wpływa na równowagę pomiędzy pracą a życiem osobistym, a to w dłuższej perspektywie może bardzo źle wpływać na psychikę. Chodzi tu właśnie o wspomniane poczucie odosobnienia i przewlekły stres, które prowadzą do złego samopoczucia i zaburzeń psychicznych.

Mówiłem o negatywach. Warto więc też wspomnieć o pozytywnych aspektach wynikających ze zdalnego trybu pracy, bowiem dzięki takiemu rozwiązaniu pracownicy mogą spędzać więcej czasu z bliskimi, pracować w komfortowych warunkach. Jednak tak naprawdę, na te dwa aspekty zwracają uwagę osoby młode, w wieku od 25 do 34 lat.

Jeżeli chodzi o wykonywanie pracy zdalnej w I kwartale tego roku, było ono zróżnicowane w zależności od rodzaju działalności, bowiem w sekcji informacja i komunikacja praca zdalna była wykonywana przez niemal 67% pracujących. Natomiast w sekcji edukacja tą formą pracy, z powodu pojawienia się choroby zakaźnej, czyli mówimy o SARS-CoV-2, zostało objętych niemal 46% pracujących.

No i kolejne wyzwanie, jakie wiąże się z przejściem na pracę zdalną, czyli połączenie pracy zdalnej rodziców z edukacją zdalną ich dzieci. Tutaj z tego względu bardzo ważną rolę odgrywają działania mające na celu ułatwienie godzenia obowiązków rodzinnych i zawodowych.

Co tu jeszcze warto byłoby nadmienić? To jest kwestia tego rodzaju, że praca zdalna w początkowym okresie trwania pandemii miała jednoznacznie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne, ale jednak przyczyniła się, siłą rzeczy, do podwyższenia umiejętności cyfrowych osób pracujących. Wzrost tych umiejętności w wyniku pandemii, związanych z koniecznością obsługi nowoczesnych technologii informacyjnych przez osoby pracujące zdalnie, potwierdzają także najnowsze badania Centralnego Instytutu Ochrony Pracy.

Niefinansowe skutki kryzysu, oprócz tych kwestii związanych z nadużywaniem używek, to także ryzyko złego odżywiania, złego traktowania i narażania na przemoc w domu czy też gorszych wyników w nauczaniu zdalnym. Grupy dzieci szczególnie narażonych to dzieci żyjące w ubóstwie, niepełnosprawne, przebywające w domach opieki.

Oprócz takich aspektów pozafinansowych warto tutaj jeszcze wspomnieć o kwestiach ekonomicznych. Warto zaznaczyć kwestię udzielenia wsparcia pracowników, pracodawców i przedsiębiorców w ramach tarczy antykryzysowej. W ramach tego powiatowe i wojewódzkie urzędy pracy przyznały wsparcie dla około 8,3 mln miejsc pracy na kwotę około 35,5 mld zł. Z kolei tarcza antykryzysowa obejmująca wsparcie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, to 6 903 000 złożonych wniosków i łącznie udzielone wsparcie na kwotę 36 647 569 000 zł. To jest stan na 20 września br., a więc najbardziej aktualne dane.

Myślę, że warto tutaj zaznaczyć, że model hybrydowy to najbardziej atrakcyjna forma pracy, ponieważ umożliwia płynność pracy i zapewnia podwładnym kontakt ze współpracownikami, a także spędzanie czasu z najbliższymi. Z punktu widzenia pracodawców i pracowników istotne jest zrozumienie zachodzących obecnie zjawisk i wyjście im naprzeciw. Po stronie pracodawców oznacza to potrzebę oferowania miejsc pracy dobrej

jakości, stabilnych warunków zatrudnienia i inwestowania w umiejętności pracowników. Po stronie pracowników, gotowość do reorientacji zawodowej, podnoszenie umiejętności cyfrowych i elastyczność w planowaniu swojej kariery. Myślę, że to byłoby tyle z mojej strony. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos prosiła pani poseł Lubnauer. Bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Ja chciałbym spytać o jedną grupę zawodową, która – mam wrażenie – była szczególnie narażona i co więcej, w 100-procentach pracowała w pewnym momencie zdalnie. Mam na myśli nauczycieli. Muszę powiedzieć, że ich sytuacja była szczególnie trudna ze względu na to, że po pierwsze, oni wszyscy zostali w pewnym momencie zmuszeni do zdalnej pracy, a po drugie, od razu mieli kontrolę tego, jak sobie radzą, ze strony swoich klientów – mam na myśli uczniów. Chciałbym więc spytać, czy są jakiekolwiek badania dotyczące kondycji psychicznej nauczycieli po praktycznie półtora roku edukacji zdalnej, a co za tym idzie, dla nich pracy zdalnej.

Czy Ministerstwo Zdrowia ma jakiś program? Ma być program dotyczący pomocy psychologicznej dla uczniów. Co prawda ten program jest daleko niewystarczający, można powiedzieć, że on jest bardziej symboliczny niż rzeczywisty, ale jednak jakiś program jest. Tam wychodzi mniej więcej 3 zł na ucznia, czyli 15 zł na ucznia potrzebującego, ponieważ badania mówią o 20%, które być może takiej pomocy będzie wymagało. Natomiast ja chciałabym się dowiedzieć, jak jest z pomocą dla tej grupy zawodowej i czy były w ogóle jakiekolwiek analizy dotyczące tego, jak ci ludzie znieśli tę pracę, która z jednej strony wymagała od nich umiejętności, których często nie posiadali, a z drugiej strony – przepraszam bardzo, już kończę – wiązała się z sytuacjami bardzo stresującymi, związanymi na przykład z zachowaniem dzieci, niemożnością uzyskania jakichś rezultatów, często bezradnością – tak bym to powiedziała – ponieważ szczególnie w pierwszym okresie nauczyciele mieli bardzo duży problem z tym, żeby zapanować nad tym wszystkim, łącznie z włamaniami na lekcje osób, które nie powinny na tych lekcjach być. Czy są jakiekolwiek informacje na ten temat?

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dorota Olczyk:

To znaczy, ten program, o którym pani wspominała, to jest program nie Ministerstwa Zdrowia a Ministerstwa Edukacji i Nauki. Tak mi się wydaje, że tam również jest przewidziane wsparcie da nauczycieli. Natomiast lepiej, jeżeli jest na sali ktoś z Ministerstwa Edukacji i Nauki, żeby się wypowiedział, bo to nie jest program Ministerstwa Zdrowia.

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Ja nie wiem, jak jest w tych statystykach – państwo mówili tu o kilkunastu procentach – ale podejrzewam, że nauczyciele są znaczącą liczbą w tych kilkunastu procentach pracujących zdalnie. Nie wiem, jak to jest procentowo, ale podejrzewam, że to jest jedna z największych grup zawodowych.

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży Małgorzata Janas-Kozik:

Czy ja mogę? Małgorzata Janas-Kozik. Pani poseł, były dwukrotne badania – na pewno pani poseł wie – Fundacji Szkoła z Klasą, prowadzone w pierwszej fali pandemii i w drugiej fali pandemii. Badania przerażające. Ja z nimi się zapoznałam. One są w jakiś sposób prezentowane przeze mnie. Faktycznie dotyczyły badania nauczycielek i nauczycieli w polskich szkołach. Badania dotyczące kondycji, ale głównie skierowane na uczniów, ale również mówiące, jaki to był wielki kłopot. Jeżeli pani jest zainteresowana, ja mam strony Fundacji Szkoła z Klasą, gdzie pełne te badania są opublikowane przez Fundację Szkoła z Klasą.

Faktycznie ponad połowa nauczycieli – ja nie chcę teraz być gołosłowna, bo już nie wszystkie rzeczy pamiętam – po raz pierwszy zetknęła się z pracą zdalną i było to dla nich

zupełne novum. Problem też taki, że i nauczycielki, i nauczyciele czasem byli pierwszymi osobami, do których uczniowie zwracają się z jakimkolwiek problemem, bo to bardzo trudna sytuacja dla wszystkich. Dla ludzi dorosłych też... Tak, dlatego że stała się z dnia na dzień, nieprzewidywalna. Mało tego, nie można było nic planować na dłużej niż jeden dzień do przodu, i wszystkich to zaskoczyło. Rzeczywiście bardzo duża liczba tak zwanych chorób psychosomatycznych z tej grupy osób dotyczyła nauczycieli i nauczycielek.

Faktycznie te badania są. Ja mam przy sobie laptop i mam gdzieś cały swój wykład na ten temat, ale myślę, że to nie jest przedmiotem dzisiejszego posiedzenia. Natomiast podam stronę – Fundacja Szkoła z Klasą, pani Marta Puciłowska, która prezentuje te badania, a zrobiła badania bardzo rzetelne. Tak, ma pani rację – bardzo narażona grupa zawodowa, a przez to też uczniowie, … jak najbardziej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Zgłaszały się panie posłanki. Bardzo proszę, pani poseł Płonka, a potem pani poseł…

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja powiem też trochę jako lekarz, który uczestniczył w leczeniu w czasie pandemii, czyli aktywny lekarz POZ-u. Oprócz lęku i depresji był jeszcze taki objaw, który ja nazwałam wypieraniem – to nie jest możliwe, ja nie jestem chory, ja nie jestem chora, nie ma żadnego COVID-a – zupełne wyrzucanie tego z obszaru… I też często bywało tak, że ci ludzie nie chcieli wykonać żadnych badań. Nie chcieli dlatego – jak próbowali to później tłumaczyć – że rodzina na tym ucierpi, związki międzyludzkie, różne inne, z pracodawcą itd. W tym momencie powinno się było powiedzieć: wzywam policję i pana, czy panią, zmusi do badania, ale my tego nie robiliśmy. Próbowaliśmy miękko przekonywać. Jednak niektórzy po takich rozmowach podejmowali decyzje, że oni zostają w domu, że wobec tego nie będą narażać i innych i jakoś to sobie poukładają. Tak więc zaprzeczenie też było, bo cała ta sytuacja wywołała taki stres nieprzewidywalności w każdej grupie zawodowej.

Ja tu mogę powiedzieć o lekarzach, którzy także przeżyli szok terapię – lekarzach pierwszego kontaktu. Nie tylko przecież szpitale były cały czas otwarte do momentu, kiedy nastąpiły odgórne decyzje rządowe czy reżym sanitarny został nałożony.

Patrzyliśmy z przerażeniem na to, co dzieje się we Włoszech, jak giną tam medycy – lekarze, pielęgniarki. Dowiedzieliśmy się też, że to oni wywieźli z Włoch, niechcący… Moja córka w tym czasie była na Teneryfie – Teneryfa zakażona przez lekarzy z Włoch, bo myśleli o grypie…

W związku z tym mówiło się w ochronie bardzo dużo i często, że kiedyś będzie pandemia, ale myśleliśmy raczej o pandemii wirusa grypy. To było najbardziej proste rozumienie, i mówiliśmy o szczepieniach, że trzeba się szczepić. Natomiast pandemia koronawirusa to było kompletne zaskoczenie, które u medyków wywołało jeszcze większy lęk o własne życie i zdrowie z racji licznych kontaktów z chorymi ludźmi, no i obawy przeniesienia tego na rodzinę, dzieci, osoby starsze. Tak też się stało, że z szóstki naszego zespołu czwórka lekarska przechorowała. Całe szczęście przytrzymaliśmy tego wirusa, a wcześniej zaszczepiliśmy się przeciw grypie, więc może jakoś…

I pojawiły się teleporady. Chcę powiedzieć o tych teleporadach dlatego, że jedni pacjenci akceptowali, drudzy nie akceptowali. Nadzorujący, kontrolujący akceptowali, nie akceptowali, ale teleporada stała się też trudnym zadaniem dla medyka, dla lekarza, ponieważ to jest kontakt przez telefon. Ja pacjenta nie widzę. Dlatego ta rozmowa trwa dłużej, pytania są poboczne, dodatkowe. Czasem proszę wprost o zdjęcie, bo ja nie wiem, o co chodzi, a potem bywały jeszcze błędy, bo to wszystko trzeba zapisać. Tak więc ta teleporada zajmowała więcej czasu niż bezpośredni kontakt z pacjentem, kiedy on przychodzi do przychodni i oczywiście na podstawie badania i rozmowy podejmuje się decyzję. To także było dla nas trudne.

Obawialiśmy się również tego, że pacjenci są nierzetelni, że nas oszukują, że nie wszystko wiemy. Strach był taki, że mnóstwo ludzi szło na zwolnienia niekoniecznie dlatego, że są chorzy, tylko już tak wystraszeni, bo w pracy są chorzy, bo gdzieś tam skontaktowali się albo słyszeli. Było więc dużo tych zwolnień lekarskich, których nikt

z nas nie reglamentował. Trzeba to szczerze powiedzieć, że społecznie ZUS poniósł pewne koszty, bo nie byliśmy w stanie sobie poradzić z tym, żeby obiektywizować sytuację w każdej chwili.

Musieliśmy do tego się przygotować, dlatego startowaliśmy w teleporady z pewnymi wadami. Musieliśmy nabyć specjalne telefony, żeby to nie były bezpośrednio nasze indywidualne telefony. Nie wszystko mogło iść przez rejestrację, było bezpośrednio, więc kupowaliśmy telefony, dodatkowe laptopy. No musieliśmy do tego się przygotować, więc ten pierwszy okres był fatalny, można tak powiedzieć. Natomiast w tej chwili oskarżenie o nadmiar teleporad wynika z tego, że niektórzy nadal nie radzą sobie z tym – nawet lekarze mający jednoosobowe praktyki czy małe praktyki – że mogą się zakazić, albo w części jest to jakieś wygodnictwo. Również można to analizować.

Na pewno mamy braki w POZ-cie i to jest temat do dalszego rozważania, dlatego że ciągle brakuje lekarzy, a jeszcze trochę poumierało w tym okresie i nie jest dobrze. Chcemy jakoś ten personel wypełnić, ale to nie jest takie szybkie…

Coś jeszcze chciałam powiedzieć istotnego a propos edukacji. W edukacji, jeżeli chodzi o wpływ na życie rodziny uczniów i nauczycieli, było chyba najtrudniej. Tak ja to spostrzegam patrząc na moje dzieci i wnuki. Po kilku miesiącach dochodziło już do wyczerpania psychicznego, ponieważ rodziny nie radziły sobie z tym zamknięciem, a dzieci od 4 klasy były w stałym lockdownie i działy się różne rzeczy.

Nikt temu nie jest oczywiście winny, ponieważ wszystko robiliśmy, żeby pandemia nas nie zniszczyła jako społeczeństwa, żeby ograniczyć śmiertelność, żeby ograniczyć wysiłek ochrony zdrowia, żebyśmy dali sobie z tym radę, łącznie z życiem społecznym, gospodarczym i przyszłością, która przed nami. Musimy jednak wyciągać wnioski, i to jest chyba w tej chwili najtrudniejsze, bo jeszcze nie wszystko wiemy. Natomiast już jesteśmy w czwartej fali, która też nie jest do końca nam znana, i sposób jej przebiegu. Dlatego nie będziemy wszystkiego wiedzieć.

I nie powinniśmy nawzajem się oskarżać o to, że ktoś czegoś nie dokonał, tylko powinniśmy próbować korygować to nasze zachowanie na różnych poziomach, żebyśmy razem przetrwali, bo w pojedynkę pandemii się nie przetrwa. Tych co zaprzeczali – niektórzy z moich dalszych znajomych – dzisiaj nie ma. Mówili „złego diabeł nie weźmie" i chodzili przez kilka dni z objawami. Potem było już za późno. Kilka dni terapii w domu i gdy wkraczał ratownik to sytuacja była już bardzo trudna. Dlatego wyciągnie wniosków, skromnych chociaż, bo nie jesteśmy w stanie wszystkiego przewidzieć, przemyśleć, co robić dalej, bo jesteśmy w pandemii…

To nie jest koniec pandemii. Nie wiemy, ile tych fal będzie, czy one będą większe czy mniejsze, bo problemem jest mutujący mikrob, czyli czynnik wywołujący, który jest niezwykle trudny. Medyków chyba na tyle zaskoczył, że badania są przeprowadzane na całym świecie.

To, że mamy szczepienia, to jest luksus, jak można powiedzieć, ponieważ żaden lek nie byłby w stanie nas uratować, a szczepienie hamuje jednak rozwój. Dlatego o walorach szczepienia nie chcę mówić – jest to wszystko powszechnie znane, a kto nie chce tego rozumieć i tak nie zrozumie.

Spróbujmy może wyciągnąć wnioski, jak powinniśmy funkcjonować. Pewne rygory musi narzucić nam rząd, cały pion sanitarny i musimy do tego się stosować, ponieważ tutaj zapadają decyzje przebadane, sprawdzone na podstawie tego, co jest w kraju i co jest na zewnątrz kraju, doświadczenia światowe. Natomiast, jakie inne wnioski wynikające z takich właśnie naszych spotkań jak dzisiaj o zdrowiu psychicznym… Szybko psychiatrów i psychologów to my sobie nie zapewnimy, ale sposób radzenia sobie z tą trudną sytuacją w przypadku różnych grup zawodowych…

Oczywiście teleporady to tak, ale w tej chwili tylko w części, 10 do 30% – recepta, skierowanie. Po co chodzić do przychodni, jeśli można to zrobić w ten sposób? Natomiast na pewno trzeba chronić dzieci i tutaj służba zdrowia musi być wyczulona. Na pewno osoby starsze i każde nieprzewidywane zachowanie pacjenta.

Na pewno psychiatrzy mają trudniej, ponieważ oni powinni w teleporadach widzieć pacjenta, czyli mieć go na ekranie, widzieć, jak on się zachowuje, czego ja nie muszę jako lekarz POZ-u, bo mogę rozmawiać, mogę przewidywać pewne rzeczy po tonie głosu.

Natomiast psychiatra powinien widzieć tego pacjenta, bo tu jest dużo z tej obserwacji bezpośredniej. Jeżeli państwo macie jeszcze jakieś pomysły, bo każdy ma jakąś własną obserwację z poziomu swojej pracy, ale także doświadczenia rodzinnego, to powinniśmy sobie nawzajem to przekazać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Golbik.

Poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący i też dziękuję za temat dzisiejszego posiedzenia. Ja mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia i też chyba w głównej mierze do pani profesor Janas-Kozik. Pamiętam, jak rozmawiałyśmy jakiś czas temu, gdy trwała jeszcze pandemia.

O te dzieci chciałabym dopytać, które już były w kryzysie. Mówiła pani profesor, zresztą potwierdzali to specjaliści, że w pierwszym etapie dzieci, które były w kryzysie i zostały zamknięte, zniosły to dobrze. To znaczy, to było przez nie oczekiwane. Potem już było trudniej. Chciałbym się dowiedzieć, co było potem, bo nie mam takich informacji, to znaczy czy mają państwo w ogóle wiedzę na ten temat, jakieś może informacje, dane, w jaki sposób one powróciły do szkół, jak sobie poradziły z tym etapem. I to, co mnie dzisiaj najbardziej nurtuje, to co dalej, bo dzisiaj jesteśmy w takim momencie, w którym dzieci nie wiedzą... I to oczywiście również pod kątem dzieci zdrowych, ale głównie zastanawiam się nad dziećmi, które już są w kryzysie, bo sporo osób doszło w trakcie pandemii. Czy są jakieś pomysły na to, jak je przygotować do tego?

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży Małgorzata Janas-Kozik:

Bardzo dziękuję za to pytanie. Faktycznie jest tak, jak mówi pani poseł. Gdy zaczęła się pierwsza fala pandemii to prawie połowa dzieci była zadowolona, że nie trzeba chodzić do szkoły, ale to trwało bardzo krótko. Potem odnalazły się takie dzieci, które miały problem ze społecznym występowaniem, czyli byciem w grupie, odpowiadaniem na forum, a więc wszystkie dzieci lękowe, z lękiem społecznym, ale niekoniecznie. Również dzieci z całego spektrum zaburzeń ze spektrum autyzmu, ale też na krótko.

W pewnym momencie, kiedy nauki zdalnej było coraz więcej, na różnym poziomie prowadzonej – niektóre lekcje bardzo dobre, z wielkim zaangażowaniem, niektóre tragicznie – zaczął się problem. Ale czy wiecie państwo, co jest przerażające? To – jest teraz nowy rok szkolny od 1 września – że bardzo wielu uczniów odmawia powrotu do szkoły. Dzieci nie chcą iść do szkoły, boją się kontaktu z rówieśnikami. Mamy opowiadają nam, psychiatrom, że nie chcą zdjąć maseczki – żeby na mnie nie patrzyli koledzy, rówieśnicy.

Myślę sobie, że to było takie trochę szczęście w nieszczęściu. Pamiętacie państwo, jak mówiłam, że przed pierwszą falą pandemii zrobiliśmy wszystko, żeby powstały poradnie psychologiczno-psychoterapeutyczne bez lekarza psychiatry, dla dzieci i młodzieży. Poradnie są. Ta nasza reforma jest jedyna, a jej weryfikacja jest co roku.

W tej chwili trwa weryfikacja, bo chcemy się dowiedzieć, gdzie popełniliśmy błędy, czy popełniliśmy – na pewno popełniliśmy, to w ogóle nie ulega wątpliwości – co nie działa, dlaczego nie działa. Jednak, co było bardzo niefortunne, zaraz zamknęły się szkoły, a dla nas tam jest bardzo ważna część, warunek sine qua non – musimy współpracować ze szkołą.

W tej chwili mówię na temat wszystkich kierowników, którzy prowadzą oddziały psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce. Ja mam ponad 110-procentowe obłożenie, bo bardzo dużo i z pierwszych poziomów, ale też rodziców, przyjeżdża do izby przyjęć. To są zaostrzone procesy. To są nowe procesy. To z jakiegoś powodu, też trudnej dostępności w ogóle do służby zdrowia z różnych powodów – ludzie odstawiają leki, nie leczą się... Tak to jest.

Jaki jest pomysł na to? Pomysł jest – nie wycofujemy się z tego, co robimy. Pierwsze poziomy, te które są, weryfikujemy. Bardzo regularnie się spotykamy w ministerstwie, również z pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia – jest tu pani dyrektor, może potwierdzić – gdzie zastanawiamy się nad sposobem finansowania, ale przede wszystkim, co zrobić, gdzie zrobić tak, żeby dostępność była większa.

I jeszcze jest jedna rzecz: jakość usług, bo już teraz wiemy, że przestrzelona była liczba porad, która była wyliczona. O tym mówiliśmy wielokrotnie… Cieszę się, że pani

również jest. Ona będzie obniżona na pewno, ale jest jeszcze jedna bardzo ważna rzecz – praca nad standardem. Czyli jest wyliczone z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jak długo mają trwać porady. Wiecie państwo, o co chodzi – żeby, jeżeli przyjdzie pacjent, to nie była 15-minutwa porada. To jest niemożliwe.

Pracuję ponad 30 lat, i – a propos pandemii – ja nigdy nie pracowałam telefonicznie. Pracowałam na platformie Zoom, którą sobie sama wykupiłam, i widziałam każdego pacjenta, rodzinę, i słyszałam. Ale to ja sobie zrobiłam jako Małgorzata Janas-Kozik, dla pacjentów, którzy byli w kryzysie i mieli kłopot z dojściem do poradni. Ja osobiście nie odważyłabym się na poradę telefoniczną. Jeden na sto może, ale to ja mówię jako ja.

Natomiast nie jestem przeciwniczką teleporad. Jeżeli ona jest przeprowadzona rzetelnie, z zachowaniem standardów, to proszę mi wierzyć, jest taka grupa pacjentów, która nie dojdzie w ogóle nigdzie, która czuje się bezpiecznie w swoim środowisku i która tylko tak chce pracować.

Dalej powstają pierwsze poziomy. One, dzięki Ministerstwu Funduszy i Polityki Regionalnej, które przeznaczyło 139 mln na naszą reformę, na budowanie pierwszego i drugiego poziomu… To jest tak zwane powielenie modelu bielańskiego – ja wiem, bo też mam ten projekt. Jesteśmy przy pierwszym poziomie, rozwijamy go. Jeszcze szkoły się uczą, więc idziemy do… To jest bardzo dużo pracy, proszę państwa. To się nie zmieni z roku na rok, ale każdy rok i nasza weryfikacja, i wiedza, gdzie było porad za dużo, czyli jaka była ich jakość, gdzie było za mało, jeżeli za mało, to dlaczego za mało, jak wesprzeć całą rodzinę, bo ta sytuacja jest trudna dla dziecka, ale i dla rodziny…

Ja muszę powiedzieć, że tym, z czym najbardziej się borykamy w tej chwili, to jest praca z rodzicami. Przychodzi dziecko do nas, to przychodzi cała rodzina. Proszę państwa, co najmniej 70% pochłania nam praca z rodzicami, którzy wymagają wsparcia. Ja nie mówię, że to są chorzy ludzie, ale wymagają wsparcia, są zagubieni… Tak, pomocy psychoterapeutycznej. Nie bardzo potrafią się odnaleźć. Jak dziecko w takim razie ma odnaleźć się w rodzinie?

Taki mój apel, duży. Nie ma psychiatry dziecięcego niewspółpracującego ze szkołą. To jest warunek sine qua non. No nie ma innej możliwości. Dlatego ten pierwszy poziom kładzie taki bardzo duży nacisk na to, żeby współpracować ze szkołami, że naprawdę trudna jest sytuacja pacjentów. Myślę, że mamy ze 30% więcej, ale to przewidywaliśmy.

Pan profesor Janusz Heitzman wiele razy na ten temat mówił, głównie odnośnie do dorosłych, ale tak jest. Z tym, że tak jak mówię, my pracujemy dalej, rozwijamy to, co robimy. Myślę, że teraz wejdą nowe wytyczne, nowe jakby limity czasowe, żeby jakość porady była inna – zobaczymy. Ja tyle. Nie wiem, przepraszam bardzo, czy nie za długo.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękujemy. Nie, nie. Jak najbardziej jest to miejsce i czas, żeby na ten temat dyskutować. Bardzo proszę, pani poseł. Następnie pan poseł i zgłasza się pani…

Poseł Marta Golbik (KO):

To ja postaram się króciutko, bo też mam pytanie, jaką procentowo część powiatów obejmuje ten pierwszy stopień referencyjności… To może przerwę.

Kierownik Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia Anna Parnowska:

Anna Parnowska, centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Szacujemy, że jest to prawie 95% – 317 poradni. Docelowo miało być 350, z tym, że weryfikujemy, czy… Są to też grupy powiatów. Tak aby nie mniej niż 2 do 4% dzieci z danego obszaru, w zależności od szacunkowych potrzeb, było objętych opieką.

Poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Ja też pamiętam, jak profesor Heitzman mówił o tym, że trzeba by było przygotować bardzo poważny plan na wyjście z pandemii. My wchodzimy w kolejną falę. Dlatego wydaje mi się, że to jest kolejny taki bardzo wrażliwy moment, jeszcze wrażliwszy niż nawet chwilę temu się wydawało, że po prostu kończymy pandemię i przygotowujemy się na czas po pandemii.

Mam też pytanie, czy myśleli państwo nad zmianą sposobu finansowania programu psychiatrii dzieci i młodzieży. Chodzi mi o sposób przyznawania pieniędzy, nie uzależniony, tak jak teraz, od liczby świadczeń.

Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw reformy psychiatrii dzieci i młodzieży Małgorzata Janas-Kozik:

To może ja odpowiem. Od razu powiem tak. Nasz pierwszy poziom to nie jest tak zwany fee for service, tylko pewna minimalna wartość kontraktu, która jest przekazywana co miesiąc tak, żeby zarządzający wiedział, jaką ilością pieniędzy dysponuje. Ja nie wnikam w to, czy ona jest mała, czy ona jest duża itd., dlatego że na to wpływają różne czynniki. Ktoś, kto ma duże doświadczenie i ma doświadczenie w prowadzeniu tego typu placówek… Na przykład, tam są cztery etaty. Równoważniki czterech etatów i ja już wiem, i my też wiemy – ale ja wiele lat to robię – że to nie mogą być cztery osoby, bo nikt tego nie udźwignie broń boże, że to muszą być pewne kawałki. Natomiast, czy tak będzie, czy tak zostanie… Myślę, że liczba porad – to, o czym pani magister mówi – jest za duża. To my wszyscy wiemy.

Tu też wielki ukłon i podziękowanie za kształcenie psychoterapeutów, bo wszyscy ci, którzy się wykształcili i zdali egzamin, teraz widać, jak są niezbędni do pracy, jak nam są potrzebni. Tak. Ja muszę powiedzieć, że pierwsze poziomy chyba wszystkich psychologów już zgarnęły z rynku. Naprawdę, proszę mi wierzyć, jest coraz większy problem z zatrudnieniem psychologa do pierwszego poziomu referencyjnego, bo to są dosyć dobre warunki płacowe, które się oferuje, w porównaniu z psychologiem, który pracuje na przykład w szpitalu.

Drugi poziom dopiero wejdzie, bo go nie ma. Drugi poziom, to poradnia zdrowia psychicznego i oddział dzienny jako centrum zdrowia dla dzieci i młodzieży. I też chcemy, żeby zarządzający mógł mieć pewną pulę pieniędzy. Mało tego, żeby personel mógł elastycznie przesuwać z poradni zdrowia psychicznego do oddziału dziennego.

I ostatnie zdanie. Trzeci poziom. Jeszcze nad tym nie pochyliliśmy się, ale trzeci poziom to oddziały. Jest takie założenie, żeby tam było płacenie za gotowość. Natomiast myślę, że to za trudne pytanie, pani poseł, na ten moment. Dobrze?

Natomiast już wiemy taką rzecz. Ja na przykład u siebie… Pamiętacie państwo, że lekarz psychiatra dzieci i młodzieży pojawia się dopiero na drugim poziomie. Czyli tak naprawdę do lekarza psychiatry dzieci i młodzieży trafia pacjent, który wymaga farmakoterapii, ale jest dosyć dużo pacjentów – ja mam takie doświadczenie – na pierwszym poziomie, tu, gdzie ja go mam, którzy wymagają konsultacji. Ja sobie poradziłam, tak, ale na pewno nad tym się pochylimy, kiedy wejdą drugie poziomy. Ja u siebie to rozwiązałam i podpowiadam, jak to można rozwiązać, ale to musi być dopracowane.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Marek Rutka (KO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja mam takie pytanie. W ubiegłym roku dramatycznie wzrosła liczba prób samobójczych, między innymi wśród młodych ludzi, w przedziale wieku 19-24 lata, z 527 do 653. Jednak jeszcze bardziej zatrważające są liczby, jeżeli chodzi o dzieci. Wśród dzieci w wielu od 7 do 12 lat, w ubiegłym roku takich prób było aż 24. Rok wcześniej 8. No i pytanie do przedstawicieli i ministra zdrowia, i ministra edukacji, czy staraliście się państwo jakoś dotrzeć, zidentyfikować główne powody takiego stanu rzeczy. Dziękuję.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dorota Olczyk:

Na tę chwilę jeszcze takie badania nie są prowadzone. Natomiast w ramach NFZ-u, w Instytucie Psychiatrii i Neurologii jest rada i zespół ekspertów. Zajmują się tematami związanymi z zapobieganiem samobójstwom. Wśród tych zadań prowadzenie takich badań, a także szukanie rozwiązań, podejmowanie działań profilaktycznych są rozpisane na 4 lata. Chcielibyśmy bardzo pochylić się nad tym tematem, ponieważ jest to bardzo ważne. Nawet dzisiaj byłam na spotkaniu takiej rady i to wszystko było omawiane. Tak

więc ruszamy z pracami. Właściwie one już się dzieją, natomiast powoli, ale teraz jakby przyspieszamy. O tym dzisiaj była mowa na spotkaniu…

Poseł Marek Rutka (KO):

I to będzie ośrodek wiodący. Czy tak?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dorota Olczyk:

Tak. I jeszcze profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii Piotr Gałecki:

Panie przewodniczący, jeśli pan pozwoli. Piotr Gałecki. Ja chciałbym dwa słowa o kwestii samobójstw dzieci i młodzieży, i młodych osób. O ile kwestia samobójstw osób dorosłych jest dokładnie badana, to kwestia samobójstw u dzieci i młodzieży jest dość nowym zjawiskiem nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Wynika to z przyspieszenia rozwoju młodych osób, uczenia się nowych emocji znacznie wcześniej, bez zdolności ich rozumienia.

Warto zaznaczyć, że jeżeli pojawiają się kryzysy osób w wieku dorosłym, wzrasta rozpowszechnienie zaburzeń lękowych, depresyjnych czy uzależnień, to one świadczą o tym, że te dorosłe osoby mają jakiś deficyt w rozładowywaniu tych sytuacji stresowych, w których się znajdują i dość oczywistym zjawiskiem wydaje się, że musi to się odbijać na młodym pokoleniu, na dzieciach tych dorosłych. Myślę więc, że dlatego powstał ten zespół, żeby uwzględnić szczególnie te problemy związane z charakterystyką tego procesu suicydalnego, bo należy też pamiętać, że na pewnym etapie rozwoju rozważania o samobójstwie, o kwestii sensu bycia są dość naturalnym elementem i one tylko w sytuacji kryzysu nabierają bardzo poważnych obrazów, że to się pojawia. Jest to więc dość nowe zjawisko i musimy mu się przyglądać, ale ono jest odzwierciedleniem kryzysu dorosłej populacji.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Bardzo proszę.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Janusz Heitzman. Ja chciałbym odnieść się do tego, co pan poseł mówił, ale w kontekście nieco innym. Mianowicie, w pierwszych czterech miesiącach 2021 r., czyli teraz, samobójstwa przekroczyły chyba liczbę tych, które były w całym 2020 r. To może nasze statystyki znacząco pogorszyć. Czyli, pierwszy okres pandemii to jest mobilizacja i zmniejsza się liczba tego typu zachwań, natomiast po pewnym czasie, kiedy dochodzi inne obciążenie stresem i zaburzeniami depresyjnymi, liczba samobójstw wzrasta, i badania na całym świecie wskazują, że ten wzrost sięga 30%.

Dzisiaj, jeżeli mówimy o zagrożeniach dla zdrowia psychicznego, to ja rozumiem wagę tego posiedzenia podkomisji do spraw zdrowia psychicznego, żeby nie mówić, jak jest świetnie, tylko wskazywać na to, że jest to poważny problem, ponieważ po pandemii koronawirusa będziemy mieli pandemię zaburzeń psychicznych, a konsekwencje jej będą wieloletnie. W związku z tym konieczne jest takie pozycjonowanie, ja nie mówię psychiatrii, ale ochrony zdrowia psychicznego i higieny psychicznej w wieloresortowym, bardzo szerokim rozumieniu, po to, żeby tam z jednej strony uruchamiać tak zwaną edukację społeczną, z drugiej strony, uruchamiać edukację profesjonalną, a z trzeciej strony, wzmacniać to, co jest możliwe dla Ministerstwa Zdrowia i dla nas, czyli opiekę zdrowotną, tą specjalistyczną, psychiatryczną w zakresie dorosłych i dzieci.

Gdybyśmy popatrzyli tylko na jeden aspekt, mianowicie nadmiarowe zgony w ciągu ostatniego roku, które nagle w Polsce wzrosły – spadliśmy na przedostatnie miejsce w Europie, jeżeli chodzi o długość życia – to trzeba sobie zadać pytanie, czy te nadmiarowe zgony są w jakiś sposób powiązane z zaburzeniami psychicznymi, konsekwencjami psychicznymi pandemii, czy są jeszcze jakieś inne przyczyny. Tutaj można wyciągnąć wniosek, również posiłkując się badaniami zachodnimi – powiem zresztą, dlaczego tymi – że zgony nadmiarowe mogą być spowodowane z jednej strony przyrostem samobójstw, o czym powiedziałem na początku, ale z drugiej strony, mogą być wynikiem złej kondycji psychicznej, która będzie wpływała w sposób dramatyczny na umieralność z innych powodów somatycznych. To jest kwestia nastawienia do leczenia, to jest kwestia nastawienia do profilaktyki, to jest kwestia lęku w ogóle przed kontaktem ze służbą zdrowia i pójściem do przychodni, żeby

tam się nie zarazić. W związku z tym te zawały i nowotwory są w domach, ale źródło jest w kondycji psychicznej i w świadomości psychicznej osób.

I nie do końca bym się zgodził z panią poseł – przeskakuję troszeczkę – odnośnie do teleporad w psychiatrii. Ja jestem tutaj dzisiaj w troszeczkę podwójnej roli, ale reprezentuję głównie Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. My próbowaliśmy analizować kwestię wpływu teleporad na psychiatrię.

Teleporada psychiatryczna koduje się jednym numerem 890099. Można się zastanowić, czy wzrosła w ogóle liczba teleporad psychiatrycznych w ciągu ostatniego roku na tle innych porad psychiatrycznych. Wtedy dopiero będziemy mieli obraz, że nagle się okaże, że ten dostęp do opieki profesjonalnej wcale się nie pogorszył. Wprost przeciwnie, wzrósł, ponieważ kontakt z psychiatrą był możliwy dla większej liczby osób za pośrednictwem telefonu, i nie tylko ten głosowy, bo w większości telefonów można sobie włączyć WhatsAppa i tego pacjenta my widzimy. Natomiast o wiele gorsze jest udzielanie porady przez telefon przez chirurga czy internistę, który musi zbadać, dotknąć, zobaczyć, zaglądnąć do gardła, co przecież nie do końca da się w tej poradzie internistycznej w POZ-ie. W związku z tym nie można tutaj wylać dziecka z kąpielą i powiedzieć, że teleporada w psychiatrii to jest coś, co należy wyeliminować albo ograniczać, albo mniej za nią płacić itd.

Zresztą w tym materiale, który otrzymaliśmy, jest rekomendacja Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, które opublikowało zalecenia dotyczące odbywania teleporad w psychiatrii, zgodnie z którymi teleporada powinna być traktowana na równi z poradami stacjonarnymi, a wybór rodzaju porady w danym momencie powinien należeć zarówno do świadczeniodawcy, jak i pacjenta. Czyli nie można w sposób formalny, nakazami urzędniczymi, tego procesu regulować, bo stracimy.

Ja ze swojej praktyki lekarza praktyka mogę powiedzieć, że dzięki teleporadom dotarłem do tak zwanych martwych dusz w psychiatrii, pacjentów, którzy byli zapomniani i nigdy się nie zgłaszali, a sytuacja lockdownu, przy wielu zaburzeniach czy licznych lękach i psychicznych obawach przed kontaktem z innymi ludźmi, zamykała te osoby w domu. Do dzisiaj zresztą mamy problem, czy z tych domów wyszli, i to również do POZ-u, specjalistów itd…

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Ale ja nie mówiłam o teleporadzie psychiatrycznej. Ja mówiłam o teleporadach POZ-u, o których wszyscy mówią.

Wiceprezes PTP Janusz Heitzman:

Tak, ale teleporady… Oczywiście jest źle w teleporadach POZ-u, tylko, ponieważ mówimy o zdrowiu psychicznym, mogłoby to być zrozumiane opacznie. Faktycznie są badania, że w niektórych jednostkach POZ-u jest 90% teleporad. To jest absurd. W związku z tym przyjęto takie założenie, że 75% to jest maksimum, a najlepiej, jak by było 25% teleporad, a reszta badania bezpośredniego.

I kolejna kwestia, na którą chcę zwrócić uwagę. Dlaczego te teleporady? Dlatego środowisko jest zaniepokojone, że nagle gdzieś tam wyłączono teleporady psychiatryczne, porównano z rehabilitacją, ze stomatologią, żeby nie opracować standardów... Z tego poszły jakieś błędne interpretacje, a tam tylko nie określono standardów, wyłączono z określenia standardów. Tak więc, ja chcę uspokoić tutaj wszystkich, że to nie o to chodzi, żeby ograniczać, tylko żeby zwiększać dostęp do psychiatrów, których jest bardzo mało.

Chciałbym zwrócić się tu do pana dyrektora z ministerstwa. Muszę powiedzieć, że jestem bardzo pozytywnie zaskoczony wnikliwością tego materiału i krytyczną analizą tego, co się dzieje na linii pracownik – pracodawca w zakresie konsekwencji, jeżeli chodzi o zdrowie psychiczne. Muszę powiedzieć, że tym zagadnieniom przyglądałem się troszeczkę patrząc na to, jak to wygląda i chcę zwrócić uwagę na jedną rzecz. Mianowicie, dane ZUS-u za rok 2020 wskazują, że liczba zwolnień lekarskich psychiatrycznych wzrosła zasadniczo. Mieliśmy 1,5 mln zwolnień lekarskich w reakcji na ciężki stres, zaburzenia adaptacyjne, depresyjne, czyli o 25% wzrosła absencja z powodu zaburzeń psychicznych. Wzrosła liczba dni, z których korzystają właśnie osoby z rozpoznaniem psychiatrycznym. Większość to osoby między 30 a 49 r.ż., a 63% w przypadku zwolnień

to kobiety. Czyli w tym momencie po ciąży, połogu, chorobach narządów ruchu, chorobach układu oddechowego i urazach, zaburzenia psychiczne są na piątym miejscu; 11% niezdolności do pracy to zaburzenia psychiczne, i jest to sytuacja bardzo niepokojąca.

O czym to świadczy? Świadczy to również o jednej rzeczy. To też badania na całym świecie pokazują, że absenteizm, czyli absencja z powodu zaburzeń psychicznych w okresie popandemicznym, wszędzie sięga 30%. To są badania, które są publikowane w fachowych czasopismach na świecie. Prezenteizm, czyli gorsze wykonywanie pracy, nawet o 50%. I to jest niepokojące, że z jednej strony musimy pamiętać o tym, że ten wpływ pandemii na pracownika nie jest dzisiaj. On będzie się odbijał w kolejnych latach. On będzie oczywiście miał swój wpływ na poziom ekonomiczny, na awanse.

Nawiązuję tutaj do dzieci i młodzieży, że lockdown powoduje, że my tych dzieci nie uczymy kompetencji. To nie jest tylko to, że dziecko boi się zdjąć maseczkę, a ono nie ma kompetencji przywódczych, nie ma kompetencji organizacyjnych, ono nigdy nie będzie człowiekiem sukcesu. W związku z tym musimy kiedyś przygotować się do tego, że ta luka, dziura w pokoleniu kompetencyjnym, będzie się odbijała na naszej gospodarce. Będzie się odbijała na całym rozwoju. W związku z tym musi być jakieś ogółem zrozumienie tego, że inwestowanie w zdrowie psychiczne to nie jest tylko leczenie schizofrenii, to nie jest leczenie chorób psychicznych, tylko to jest poprawa całej kondycji narodu. I to jest chyba czymś najważniejszym. Bardzo dobrze, że pan mówił tutaj o tych właśnie problemach.

Na koniec chcę jeszcze na jedną rzecz zwrócić uwagę. Mianowicie pandemia pokazała, że są tak zwani pracownicy kluczowi, a ci pracownicy kluczowi to pracownicy służby zdrowia, nauczyciele, pracownicy, którzy mają bezpośredni kontakt z utrzymaniem ruchu, czyli zaopatrzenie człowieka w żywność, komunikacja itd. Tam poziom tego stresu pracowniczego jest szczególnie duży. Jeżeli jest on o 30% większy, to musimy liczyć się z tym, że 30% osób w tych grupach zawodowych przejdzie wcześniej na renty albo umrze, bo po prostu tego nie wytrzymają. To są te zagrożenia perspektywiczne, na które musimy zwracać uwagę.

Dlaczego mówimy, że 30%? Wszystkie badania publikowane w najbardziej wysokopozycjonowanych czasopismach, jak Lancet, Nature itd. wskazują na te 30%. Dlaczego tak się dzieje, że u nas…? My nie jesteśmy zieloną wyspą, tylko u nas droga do przeprowadzenia i wdrożenia takiego badania to 2 lata, bo żeby uzyskać w Narodowym Centrum Nauki albo Narodowym Centrum Badań i Rozwoju grant na badania, to trwa to z recenzjami około roku, a dostęp do tych badań na Zachodzie jest o wiele szybszy. W związku z tym, tam zleca się badania, są na to pieniądze, i wychodzi… No, my musimy się posiłkować tym, co jest na świecie i mamy tę nadzieję i wiarę, że musimy z tego wyciągać dla nas takie wnioski, które zmieniałyby myślenie o wadze zdrowia psychicznego dla ogólnej kondycji społecznej społeczeństwa. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Członek Rady Fundacji eFkropka Katarzyna Szczerbowska:

Dzień dobry. Nazywam się Katarzyna Szczerbowska i reprezentuję Fundację eFkropka. To jest taka fundacja, która skupia osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Ja jestem taką osobą i korzystam z teleporad, wizyt u psychiatry, i też cyfrowo miałam możliwość spotykania się zwoją grupą dla osób z doświadczeniem psychozy.

Ja raczej myślę, że to nawet może być dla mnie dużo bardziej zrozumiałe – no, mój lekarz mnie zna – niż na przykład wizyta u internisty, który powinien mnie osłuchać czy zajrzeć mi do gardła. Ale zetknęłam się w pandemii z tym, że w wielu poradniach zdrowia psychicznego nie przyjmowano pacjentów pierwszorazowych, mówiono, że oni po prostu wymagają osobistego kontaktu, i to jest ogromna trudność. Po prostu, bardzo dużo ludzi, którzy wtedy potrzebowali wsparcia, nie mogli z tego wsparcia skorzystać. Zostały im usługi prywatne.

Do naszej fundacji zgłasza się bardzo dużo ludzi doświadczających kryzysu psychicznego. My nie prowadzimy statystyk ani badań, ale bardzo dużo ludzi zgłasza się z problemem bezsenności, który jest chyba najczęstszym objawem kryzysu psychicz-

nego. Od bezsenności często zaczynają się naprawdę poważne załamania zdrowia. Jeżeli w porę, szybko zadziałamy i pomożemy, nie dojdzie do zaostrzenia kryzysu. Kryzysy lubią się pogłębiać, dlatego tak ważna jest tak szybka pomoc.

Taką szybką pomoc można teraz dostać w centrach zdrowia psychicznego, których jest 33 w Polsce. Opiekują się one 12% mieszkańców naszego kraju – 4 mamy w Warszawie, jeżeli wliczymy w to szpital tworkowski, ale są takie centra w Grajewie, w Hajnówce. Wszystkie wymienione są na stronie czp.org.pl. Mogą państwo tam zapoznać się z ich listą i też zobaczyć, jak działają. Tam wystarczy po prostu przejść. Z pacjentem rozmawia psycholog. Na podstawie tej rozmowy opracowywany jest plan wsparcia. Tam mogą przyjść ludzie z każdym problemem natury psychicznej. Można też przyjść z osoba bliską w ramach wprowadzania leczenia środowiskowego, rozwijania tego leczenia środowiskowego w Polsce tak, żeby ono nie było skoncentrowane na izolacji w szpitalu, ale też nie ograniczało się do kontaktu z psychiatrą, do porad, tylko żeby też obejmowało wsparciem i pacjenta, i jego rodzinę. Można więc przyjść z kimś bliskim do tego punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego.

Chciałabym nawiązać do tego, co mówiła pani profesor Janas-Kozik, że bardzo dużo rodziców się zgłasza. Do nas też zgłasza się bardzo dużo rodzin i dorosłych pacjentów, i rodzin dzieci. Myślę, że to jest niezwykle ważne – to, co było zresztą realizowane na Bielanach – żeby te ośrodki opiekujące się dziećmi, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, współpracowały z miejscami, które opiekują się dorosłymi, tak żeby ci od dzieci mogli odesłać rodzica, żeby ten rodzic mógł mieć konsultację psychiatryczną czy dostać terapeutyczne wsparcie, bo trzeba zdrowieć w swoim środowisku, w swojej rodzinie. Przecież dziecko ze szpitala psychiatrycznego, zawiezione tam, bo się pocięło, do tej rodziny wróci. To jest niezwykle ważne, żeby wesprzeć rodzinę, wesprzeć też oczywiście szkołę. W Fundacji Szkoła z Klasą, którą pani tutaj przywołała, cały czas mówią, że trzeba tworzyć szkoły-wspólnoty, żeby wszyscy czuli się w nich bezpiecznie.

Ja nie wiem, czy my możemy tu coś zrobić. Na pewno bardzo lubię powtarzać, że osobno jesteśmy kroplami, a razem jesteśmy oceanem, ale psychiatria po prostu bardzo potrzebuje pieniędzy. Jest ogromnie niedoinwestowana i bardzo ciężko jest wprowadzić jakiekolwiek zmiany, jeżeli nie popłynie jakiś strumień finansowania, bo choruje nas bardzo dużo. Dużo ludzi doświadcza depresji ok. 2 mln i też nie wszyscy – co mówił pan profesor – mają diagnozy psychiatryczne. Niektórzy doświadczają po prostu na przykład bezsenności.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę.

Prezes Związku Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii Renata Mizerska:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, dziękuję. Renata Mizerska, Związek Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii.

Szanowni państwo, ja zgadzam się ze wszystkimi moimi przedmówcami. Pani profesor też dziękuję za to zapewnienie, bo rzeczywiście ten limit dla placówek pierwszego poziomu w sytuacji pandemii w ogóle pokazał, że jeżeli chcemy utrzymać te 317 placówek, to potrzebne jest działanie i wsparcie. Zwłaszcza, że to jest praca szczególnie trudna, bo bez zaplecza lekarskiego, w takich regionach, gdzie pozyskanie tych pracowników, jak pani profesor i państwo wiecie, nie było trywialne. Zatem serdeczne podziękowania dla wszystkich, którzy do tego się przyczynili, żeby coś takiego funkcjonowało. Życzyłabym nam wszystkim, żeby to się rozwijało, a nie likwidowało.

Biorąc pod uwagę, panie profesorze, to co pan mówił, co się dzieje i czego możemy się spodziewać, to ja nieustająco zwracam uwagę na to – tak jak pani powiedziała – że rzeczywiście zarówno psychiatria, jak i usługi psychologiczne i usługi psychoterapeutyczne, wymagają większej uwagi, bo przez lata wsparcie, jakiego na przykład państwo polskie udzieliło kardiologii, jest po prostu niewspółmiernie wielkie, ogromne. Było również finansowanie na bardzo wysokich poziomach, pozwalające uzyskiwać olbrzymią zyskowność placówkom, które takie kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierały, a tego nie można powiedzieć o placówkach, które zajmują się i psychoterapią, i psychia-

trią. Choroby serca są ważne, ale cała sieć prywatnych placówek mających kontrakty jest już bardzo dobrze rozwinięta.

A jeśli chodzi na przykład o psychoterapię, pan profesor mówił o skali. Ta skala będzie olbrzymia. Nam trudno jest sobie to dzisiaj wyobrazić, bo jeśli chodzi o psychiatrię, jak i psychoterapię, rzadko się o tym mówiło, i mówi, bo to wydaje się być wstydliwe w jeszcze wielu grupach. Jednocześnie, gdyby państwo przeanalizowali, jak wygląda struktura tych świadczeń – przez lata trochę się zmieniło, i to jest dobry trend, jeśli chodzi o psychoterapię indywidualną. Jeśli chodzi o psychoterapię grupową, która zarówno przy młodzieży jest bardzo ważnym elementem profilaktyki i leczenia, jak i w przypadku osób dorosłych, to państwo byliby zdziwieni, jak tak efektywne kosztowo działanie jest rzadko stosowane w polskim systemie i jak jest źle wycenione. Jako psychoterapeutka, która prowadzi terapię grupową, de facto jestem zmuszona, żeby tego nie robić, ponieważ ten poziom finansowania i kontraktowania powoduje, że ja…

Pracuję społecznie w Związku Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii, pracuję w stowarzyszeniu psychoterapeutycznym. Proszę mi wierzyć, że trudno jest namówić kogoś do pracy społecznej w ramach funduszu. Chciałabym zaapelować, żeby to się zmieniło, bo nie ma bardziej kosztowo efektywnego oddziaływania terapeutycznego niż oddziaływanie grupowe. To jest po prostu oczywiste. A z jakiegoś mi nieznanego powodu nie możemy zmienić sposobu rozliczania i tej wyceny.

Psychoterapeuci, tak samo jak lekarze, odchodzą do sektora prywatnego, i jeżeli rzeczywiście myślimy poważnie o tym, żeby o to zadbać, to zadbajmy o tych, którzy przyszli do tego systemu i chcą w nim być, ale są zmuszeni przez warunki obiektywne, tak jak ja czuję się do tego w ten sposób zmuszona przez warunki obiektywne, żeby zaprzestać świadczenia usług. Chciałabym więc tutaj zaapelować, że jakiekolwiek oddziaływania grupowe z pewnością pozwalają dotrzeć do większej grupy osób, z pewnością pozwalają objąć swoim oddziaływaniem większą strukturę tkanki społecznej, i dotyczy to zarówno systemu zdrowia, jak i systemu edukacji i innych obszarów, bo to zasadza się nie tylko w systemie zdrowia... Widzę, że pani reaguje, to chętnie usłyszę, bo może są planowane jakieś dobre zmiany.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękujemy. Bardzo proszę.

Kierownik sekcji w departamencie NFZ Anna Parnowska:

Na wstępie pozwolę sobie odnieść się do wypowiedzi pani Katarzyny. Chciałabym zapewnić, że o ile rzeczywiście przez wiele, wiele lat opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień były niedofinansowane, o tyle obecnie odbywają się prace zespołów, zarówno nad zmianą systemu opieki psychiatrycznej, jak i leczenia uzależnień.

W przypadku dzieci, nakłady w roku 2020 wzrosły wobec 2019 o 22%, a w 2021 r. o prawie 40%, to jest z 250 do 460 mln zł. Tyle Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na leczenie dzieci i młodzieży.

Ośrodki pierwszego poziomu referencyjnego, pani przewodnicząca stowarzyszenia, są dla nas wielką nadzieją, ale my jako Narodowy Fundusz Zdrowia widzimy, że mamy duże niedobory kadrowe w zakresie psychoterapeutów. I tutaj również apel do pani, ponieważ trochę nie mamy sposobu na to, aby kadry, które są na rynku prywatnym, zachęcić do pracy w pierwszych poziomach.

Wycena pierwszych poziomów miała za zadanie, poprzez ryczałtowy sposób finansowania, nie odróżniać świadczeń, po to właśnie, aby kierujący takim pierwszym poziomem referencyjnym mógł, w zależności od potrzeb, oszacować potrzeby pacjentów i koszty danych świadczeń. Dlatego nie były „opunktowane”, żeby w razie potrzeby przekazać takie środki finansowe na psychoterapie, aby one się odbywały.

Praktycznie kilka procent wszystkich świadczeń wykonanych w ramach pierwszych poziomów to są świadczenia sesji grupowych czy sesji rodzinnych. Sesje indywidualne nadal są niszowym świadczeniem. Z tego też wynikają zmiany zapowiedziane przez panią profesor i panią dyrektor, które mają na celu jednak nieco wystandaryzować te usługi i przez to też oszacować potrzeby pracy – AOTMiT pracuje nad wyceną świadczeń psychoterapeutycznych – czyli chociażby czas, który jest potrzebny i liczbę psycho-

terapeutów, którzy są konieczni do pracy z grupą czy z rodziną. Tak więc my również życzymy sobie tego i mamy nadzieję, że te świadczenia będą coraz liczniejsze, bo takie zapotrzebowanie jest.

Takie zapotrzebowanie jest też w centrach zdrowia psychicznego. Tam mamy świetne finansowanie. To jest nierzadko i 400% wzrostu dla poszczególnych placówek, które realizują świadczenia psychiatryczne, czy to stacjonarne dzienne, czy to ambulatoryjne czy środowiskowe, a mimo to nadal mamy niedosyt dostępności do psychoterapii.

Prezes ZSPRP Renata Mizerska:

W przypadku psychoterapeutów grupowych, jeśli chodzi o pierwszy poziom, to ja spotykam się właściwie tylko z jedną odpowiedzią, że środki, którymi dysponują placówki, nie pozwalają im po prostu zapewnić takiego wynagrodzenia psychoterapii… Ja mówię o tym, co słyszę od osób prowadzących takie placówki, że nie pozwala to im zatrudnić osoby prowadzącej psychoterapię grupową, bo psychoterapia grupowa to nie jest godzina ani półtorej godziny pracy. To jest przeprowadzenie sesji, która trwa dłużej niż sesja terapii indywidualnej, opisanie tych wszystkich osób – to zajmuje czas – i superwizja… Nie da się prowadzić pracy grupowej bez superwizji.

Sama usługa pod nazwą psychoterapia grupowa składa się z kilku elementów, które są czasochłonne dla psychoterapeutów. I to nie jest tak, że psychoterapeuta przyjdzie na jedną sesję, spotka się z jedną osobą, zapisze to, co jest na tej jednej sesji. On musi opisać – ja opisywałam 12 pacjentów, to zajmuje czas – i potem jeszcze pójść na superwizję, to też zajmuje czas, a jeśli chodzi o obecny poziom wyceny, gdyby pani zobaczyła, ile to wyjdzie na godzinę pracy takiego psychoterapeuty, to sama doszłaby pani do wniosku, że trudno jest po prostu podjąć taką pracę…

Kierownik sekcji w departamencie NFZ Anna Parnowska:

Psychoterapia indywidualna to jest koszt – dla porównania – około 170 zł za godzinę. Neurolog jest wyceniony poniżej 40 zł. Porada. Wszystko na miarę naszych możliwości…

Prezes ZSPRP Renata Mizerska:

Terapia indywidualna rzeczywiście się poprawiła, choć pani też wie, że stawka rynkowa jest powyżej 180 zł, do 200 zł. Jednak w przypadku sesji terapii grupowej to jest znacząco poniżej stawki rynkowej. To w ogóle jest nieporównywalne. Sesja indywidualna – zgadzam się, ale sesja grupowa – tu jest jeszcze mnóstwo do zrobienia. Liczę na to, że to uda się zrobić, bo szkoda byłoby z tego nie korzystać.

Kierownik sekcji w departamencie NFZ Anna Parnowska:

No są takie plany. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

O głos prosiła pani poseł. Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że bardzo wyraźnie wybrzmiała potrzeba zwrócenia uwagi merytorycznej i ekonomicznej na zdrowie psychiczne po pandemii albo w czasie pandemii. Mówmy „w czasie pandemii".

Jeżeli jako lekarz patrzę holistycznie na schorzenia, to faktycznie mogę powiedzieć teraz, że nie wiem już, czy zawały, udary plus jeszcze inne schorzenia nie mają teraz tego podłoża psychicznego. A zatem zadaniem naszej podkomisji, panie przewodniczący, jest zwrócić uwagę Komisji Zdrowia na zdrowie psychiczne w czasie pandemii, która może wpływać na pogorszenie. Jeśli nie będziemy o to dbali – o odpowiedni poziom organizacji i finansowania – to może to dramatycznie pogorszyć stan zdrowia ogólnego Polaków, ponieważ tutaj jest ten klucz do zdrowia. Dobre samopoczucie to jest klucz do tego zdrowia kardiologicznego, również zdrowia onkologicznego, do dłuższego życia, bo skróciła się nam średnia przeżycia. W związku z tym okazuje się, że tu wpadamy w dziurę poważnych zaburzeń psychicznych wywołanych tym okresem, w którym tkwimy i ciągle jeszcze nie wiemy, ile to będzie trwało, ale też musimy w tej chwili wychodzić z historycznych zapóźnień, finansowych zapóźnień, bo psychiatria rzeczywiście była długo, długo, w latach poprzednich, niedofinansowana. Dlatego stało się tak, jak jest. Jednak

teraz od tej psychiatrii zależeć będzie już bardzo wiele – przedłużenie życia, zmniejszenie zachorowań na inne schorzenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, będziemy zmierzać do końca naszej dyskusji, dlatego też, jeśli są jeszcze jakieś głosy, to bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Dorota Olczyk:

To ja jeszcze chciałabym tylko uzupełnić poprzednią kwestię, jeśli chodzi o wycenę i to, na co pani poseł zwróciła uwagę, że my w tej nowej wycenie, którą teraz planujemy dla pierwszych poziomów, ale także dla drugich. Oprócz tego, że tak jak pani profesor powiedziała, określamy standardy, to w tej wycenie uwzględniony jest czas pracy bez pacjenta, czyli to, o czym pani wspominała, że terapeutom jest potrzebny czas na pracę przy dokumentach, opisaniu. Jest też uwzględniona kwota na superwizję, bo to jest coś, czym chcemy zachęcić i psychologów, i psychoterapeutów do pracy w publicznej opiece, ponieważ – jak wiemy – superwizja prywatna jest bardzo droga. Nakładając więc obowiązek zapewnienia i uwzględniając to w wycenie, która jest robiona przez AOTMiT, liczmy, że to wszystko się poprawi.

Inaczej też będziemy teraz patrzeć na kwestię tej psychoterapii. Teraz ta nowa wycena, którą przygotowujemy, jest tak skonstruowana, żeby nie było poczucia, że są bardziej lub mniej opłacalne świadczenia, bo one są różnie wycenione. Bazujemy na tak zwanej roboczogodzinie pracy z pacjentem, więc jeżeli to jest ta podstawa do wyliczenia i ustalenia, ile świadczeń powinno być realizowanych, no to wydaje się, że prowadzący te podmioty powinni już teraz swobodnie dostosowywać się do tego, jakie są potrzeby pacjenta, a nie do tego, które świadczenie jest mniej lub bardziej opłacalne do realizacji. W tym kierunku idą zmiany, które przygotowujemy i mamy nadzieję, że już niedługo ten koszyk zostanie przekazany do opiniowania. Natomiast od przyszłego roku bardzo chcielibyśmy, żeby to już weszło do finansowania. Tak więc liczymy na to, że zmiany będą dobre. Dziękuję.

Prezes ZSPRP Renata Mizerska:

Dziękuję bardzo. To o superwizji, to jest… Pani profesor wie. Nie musimy tu przekonywać się nawzajem z kilkoma osobami, że…

Głos z sali:

Bez tego narzędzia nie da się pracować…

Prezes ZSPRP Renata Mizerska:

…z drugim człowiekiem, który jest w kryzysie.

Przewodniczący poseł Paweł Rychlik (PiS):

Dziękuję, szanowni państwo. Myślę, że niespełna dwugodzinna dyskusja mocno nam pomogła, rozjaśniła pewne kwestie, i te raporty, które przedstawiły Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.

Szanowni państwo, trzeba przyznać, że psychiatria z przyczyn społecznych była przez poszczególne rządy traktowana po macoszemu, zawsze niedofinansowana. Chociażby przykład kardiologii – ogromne pieniądze na kardiologię, o psychiatrii nikt nie pamiętał. To zmienia się. Jesteśmy tego świadkami. Zresztą znamienici goście, którzy dzisiaj tutaj są, nad tym pracują. Jednak nie od razu Kraków zbudowano, do tego jeszcze dochodzi pandemia i jej skutki. Dlatego też dziękuję tutaj państwu za to zaangażowanie. Będziemy z pewnością spotykać się na kolejnych posiedzeniach i do tego tematu skutków pandemii i reformy psychiatrii wracać.

Szanowni państwo, jeszcze raz dziękuję za przyjęcie zaproszenia, za obecność, za głosy, za bardzo merytoryczną dyskusję. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji, na czym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie podkomisji. Bardzo serdecznie dziękuję.